

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE**

**ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO**

*Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità*

SI PRESCRIVE

LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SOTTOINDICATI, DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO, IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO

ALL'ALUNNO

Cognome.....Nome.....

Nato il.....a.....

Residente a .....

In via.....

Frequentante la classe.....della scuola.....

Sita a.....in via.....

Affetto da.....

Nome commerciale del farmaco da somministrare:.....

Tipologia del farmaco: (barrare le scelta):

**Salvavita**

**Indispensabile**

Modalità di somministrazione:.....

Orario:1^dose.....;2^dose.....;3^dose.....;4^dose.....

Durata della terapia:.....

Modalità di conservazione:.....

Capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco (barrare la scelta):

**Parziale autonomia**

**Totale autonomia**

**Terapia d'urgenza**

Nome commerciale del farmaco da somministrare:.....

Descrizione dell'evento che richiede somministrazione.....

Dose:.....

Modalità di somministrazione:.....

Modalità di conservazione:.....

Note.....

(Luogo e data) .....li.....

**Timbro e firma del Medico curante**

.....